

MEDICAID CHANGE REPORT ФОРМА ДЛЯ СООБЩЕНИЯ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ В ПРОГРАММУ MEDICAID

Если Вы пользуетесь услугами программы Medicaid, Вы должны в течение десяти дней сообщать о любых изменениях адреса, дохода, статуса занятости и изменениях в составе членов Вашей семьи (если кто-то въезжает в Ваш дом или выезжает из него, вступает в брак, является беременным или родил ребенка). Если произошло какое-либо из вышеуказанных изменений, заполните данную форму и пошлите ее или принесите ее в офис по адресу, указанному ниже, или сообщите об этих изменениях сотруднику офиса, лично или по телефону. Если данная форма не предоставляет достаточно места для того, чтобы указать детали происшедших изменений, прикрепите к ней лист с написанной на нем дополнительной информацией.

(Адрес окружного агентства)

Ваше имя	Номер дела	Имя сотрудника
----------	------------	----------------

Если Вы намеренно не сообщите о любых из вышеуказанных изменений или предоставите ложную информацию, Вы можете быть оштрафованы, Вас могут заставить выплатить сумму незаслуженно полученных от программы Medicaid льгот, Вы можете быть подвергнуты судебному преследованию, или всем трем процедурам одновременно. Вас могут попросить предоставить доказательства, подтверждающие факт изменения, о котором Вы сообщили.

РАЗДЕЛ 1 – ИЗМЕНЕНИЕ АДРЕСА

Если Вы переехали, Вы должны сообщить свой новый адрес.

Дата изменения	Новый номер телефона
Новый адрес (улица, город, штат, индекс)	

РАЗДЕЛ 2 – ИЗМЕНЕНИЕ В СОСТАВЕ СЕМЬИ

Вы должны сообщить, если кто-то въезжает в Ваш дом или выезжает из него, заключает брак, является беременным или родил ребенка (включая информацию о матери новорожденного и самом ребенке).

Имя/имена (Фамилия, Имя, Отчество)	Дата изменения	
Social Security Number (SSN)*	Дата рождения	Родство с главой семьи

Опишите, что случилось

*Указание SSN или обращение с просьбой о его получении является добровольным; однако, лицо, желающее получить льготы программы Medicaid в штате Висконсин, но не указавшее SSN или не обратившееся с просьбой о его получении, не будет, согласно разделу 49.82(2) Статуты Висконсина, соответствовать условиям, необходимым для получения льгот.

РАЗДЕЛ 3 – ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ ДОХОДА

Вы должны сообщить об изменении суммы Вашего валового дохода, о появлении нового источника дохода, об изменении статуса занятости (перевод с работы с неполным рабочим днем на работу с полным рабочим днем или с работы с полным рабочим днем на работу с неполным рабочим днем, или потеря работы), изменение в заработной плате или ставке, в сумме Social Security, в ветеранских льготах, в пособии по безработице, в компенсации для работника, или любые другие изменения в получаемых Вами денежных суммах.

Имя (Фамилия, Имя, Отчество)	Дата изменения уровня дохода	
Источник дохода	Сумма в месяц	Частота выплат

РАЗДЕЛ 4 – ИЗМЕНЕНИЕ В ИМУЩЕСТВЕ

Престарелые, слепые и инвалиды должны сообщать об изменениях в имеющейся наличности, сумм на банковских счетах, сумм облигаций, акций, о приобретении/продаже машины, и об изменениях в других видах имущества.

Имя владельца (Фамилия, Имя, Отчество)	Дата изменения
----------------------------------------	----------------

Вид имущества	Опишите, что случилось	Новая стоимость или сумма \$
---------------	------------------------	---------------------------------

Имя владельца (Фамилия, Имя, Отчество)	Дата изменения
----------------------------------------	----------------

Вид имущества	Опишите, что случилось	Новая стоимость или сумма \$
---------------	------------------------	---------------------------------

РАЗДЕЛ 5 – ИЗМЕНЕНИЕ В СИТУАЦИИ ВЛАДЕНИЯ ТРАНСПОРТНЫМ СРЕДСТВОМ

Сообщите, если Вы приобрели, продали или отдали легковой автомобиль, грузовик, мотоцикл, лодку, автосани, прицеп на колесах или другой вид транспортного средства.

Имя владельца (Фамилия, Имя, Отчество)	Дата изменения
----------------------------------------	----------------

Вид транспортного средства	Марка	Модель	Год выпуска	Полученная сумма \$	Опишите происшедшее изменение (куплено, продано, и т.п.)
----------------------------	-------	--------	-------------	------------------------	-------------------------------------------------------------

РАЗДЕЛ 6 – ДРУГИЕ ИЗМЕНЕНИЯ

Сообщайте о других изменениях, которые, как Вы считаете, могут повлиять на возможность получения Вами услуг программы Medicaid. Примерами таких изменений является ситуация, когда кто-то из членов Вашей семьи получил медицинскую страховку или перестал ее получать, или когда кто-то из членов Вашей семьи стал инвалидом, или вылечился от ивалидности. Укажите дату подобных изменений

Опишите происшедшее изменение

Ожидаете ли Вы, что изменения, о которых Вы сообщаете на данной форме, останутся в таком же состоянии в следующем месяце? Да Нет

Если «Нет», объясните.

РАЗДЕЛ 7 – ПОДПИСЬ

Я понимаю, что за сокрытие или предоставление ложной информации предусмотрено наказание. Я также понимаю, что меня могут заставить выплатить суммы любых льгот, полученных мной вследствие того, что я не сообщил об изменении некоторых своих обстоятельств. Я согласен предоставить доказательство любых изменений, если меня об этом попросят. Мои ответы, представленные на этой форме, являются правдивыми и полными настолько, насколько мне об этом известно.

ПОДПИСЬ - Участник	Дата подписи	Телефон
--------------------	--------------	---------

RETAIN COMPLETED FORM IN CASE FILE